FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA A'

Faculdade de Medicina da Bahia

EM 31 DE OUTUBRO DE 1903

Para ser defendida por

Carlos Pirajá Martins

NATURAL DO ESTADO DA BAHIA

(Camamú)

AFIM DE OBTER O GRAU

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

Cadeira de clinica cirurgica

Do tratamento cirurgico das peritonites por perfuração typhica

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA

REIS & COMP. — Rua Cons. Dantas, 22

1903

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Director—Dr. Alfredo Britto

Vice-Director—Dr. Alexandre E. de Castro Cerqueira

LENTES

Os Cidadãos Drs.	*Materias que leccionam*
1.a Secção	
José Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
2.a Secção	
Antonio Pacifico Pereira	Histologia.
Augusto Cezar Vianna	Bacteriologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e physiologia pathologicas.
3.a Secção	
Manoel José de Araujo	Physiologia.
José E. Freire de Carvalho Filho	Therapeutica.
4.a Secção	
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene.
Raymundo Nina Rodrigues	Medicina legal e toxicologia.
5.a Secção	
Braz do Amaral	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira.
Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia	Clinica cirurgica, 2.ª cadeira.
6.a Secção	
Aurelio Rodrigues Vianna	Pathologia medica.
Alfredo Britto	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica medica, 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica, 2.ª cadeira.
7.a Secção	
Antonio Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, Pharmacologia e arte de formular.
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
8.a Secção	
Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica.
9.a Secção	
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica.
10.a Secção	
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica.
11.a Secção	
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
12.a Secção	
João Tillemont Fontes	Clinica psychiatrica e de mol. nervosas
João E. de Castro Cerqueira	Em disponibilidade.
Sebastião Cardoso	Em disponibilidade.

SUBSTITUTOS

Os Cidadãos Drs.		*Os Cidadãos Drs.*	
....	1ª Secção.	Pedro da Luz Carrascosa,	7ª Secção.
Gonçalo M. S. de Aragão.	2ª »	José Adeodato de Souza	8ª »
Pedro Luiz Celestino....	3ª »	Alfredo F. de Magalhães.	9ª »
Josino Correia Cotias....	4ª »	Clodoaldo de Andrade...	10ª »
....	5ª »	Carlos Ferreira Santos ..	11ª »
João A. Garcêz Fróes....	6ª »	....	12ª »

Secretario—Dr. Menandro dos Reis Meirelles

Sub-Secretario—Dr. Matheus Vaz de Oliveira

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

A QUEM LER

> Les procédés opératoires sont tóujours établis en conformité avec les données de la physiologie pathologique.
>
> A. J. JOBERT (de Lamballe).

NÃO fora o dever imposto pelas nossas Faculdades para, ao terminar o nosso tirocinio, apresentarmos um trabalho, fructo do nosso conhecimento, não nos atreveriamos a tanto, porque nunca tivemos a pretenção de bem escrever, muito menos em uma epocha em que o accumulo intellectual é tão grande.

Todavia, como é um dever, escolhemos para a nossa dissertação uma operação que, em nosso meio cirurgico, é ainda um tanto obscura, e que merece a attenção dos nossos cirurgiões para a sua realisação.

O nosso ponto nada mais é que « O tratamento cirurgico das peritonites por perfuração typhica ».

Muitos desprazeres soffremos com a confecção deste trabalho, pois colhemos os nossos dados, com muitas difficuldades, em uma serie enorme de Jornaes e Revistas Cirurgicas estrangeiras, apresentando os autores opiniões diversas; todavia não nos desanimamos, e para emittirmos a nossa humilde opinião, foi-nos preciso um estudo e raciocinio prolongados.

Fizemos uma ligeira synthese do que lemos, que julgamos ainda incompleta, não só por faltarem os recursos á nossa magra biblio-

theca e á Bibliotheca Official, como por não dispormos do tempo preciso para a elaboração de um trabalho de maior monta.

Por isso pedimos aos nossos illustrados mestres a benevolencia de suas criticas, e aos que derem a honra de nos ler a devida clemencia para as lacunas que neste humilde trabalho encontrarem.

Dividimos o nosso trabalho da seguinte maneira:

No 1.º capitulo fizemos ligeiras considerações sobre as peritonites e reunimos as observações que lemos para formar o historico.

No 2.º capitulo estudamos a symptomatologia e o diagnostico da peritonite por perfuração intestinal, o tempo em que a perfuração se dá, o tempo em que a operação tem sido feita, e o prognostico da intervenção.

No 3.º capitulo descrevemos a technica operatoria, precedida de algumas considerações e seguida da descripção do apparelho instrumental necessario a intervenção.

A este ultimo capitulo seguem-se algumas conclusões dos diversos autores, a respeito da intervenção.

Aproveitamos a opportunidade de sermos gratos ás amabilidades do nosso talentoso mestre Dr. Antonio Pacheco Mendes por nos orientar, em parte, na confecção deste trabalho, amabilidades estas que ficarão gravadas eternamente em nossa memoria.

Bahia, Outubro de 1903.

C. Piraja.

DISSERTAÇÃO

CAPITULO I

A peritonite, que apparece frequentemente, 5 por cento conforme *Griesinger*, 2 por cento conforme *Homolle*, no curso de uma febre typhica, é attribuida, segundo a opinião de diversos autores, a duas causas principaes. Ora ella é devida á propagação da inflammação do intestino ao peritoneo atravez das paredes intestinaes ulceradas mas não perfuradas; ora devida á perfuração destas paredes, dando logar á evacuação dos liquidos intestinaes que vão produzir a irritação do peritoneo.

Esta dupla origem da peritonite typhica foi admittida até bem pouco tempo. Considerava-se, na verdade, a peritonite por propagação muito menos frequente, 8 por cento conforme *Liebermeister*, as mais das vezes circumscripta e não suppurada e portanto menos grave; todavia não era negada.

O professor *Dieulafoy* occupou-se em demonstrar que esta forma de peritonite, tal como se comprehendera desde a memoria de *Thirial* (1855), não existia, e a inflammação do peritoneo, que se julgava devida a uma simples propagação, era causada por uma fistula intestinal, por uma infecção ganglionar, por uma perfuração da vesicula biliar e principalmente por uma lesão appendicular.

Quer se admitta, quer se negue a peritonite por propagação, ella deve ser posta de lado no que nos interessa, em vista de sua raridade e de sua evolução ordinariamente benigna.

Occupar-nos-emos somente da peritonite por perfuração consecutiva a uma febre typhica.

Em toda peritonite por perfuração intestinal, qualquer que seja a causa, as lesões são por vezes circumscriptas.

O mesmo pode acontecer com a peritonite typhica.

Na zona que avisinha as ulcerações typhicas prestes a se perfurarem, depois de uma reacção inflammatoria, que fica limitada, as ansas intestinaes se agglomeram entre si e preparam uma especie de cavidade, onde se derramará o conteúdo do intestino, na occasião em que a perfuração se produzir: a peritonite será então enkystada.

Esta eventualidade é muito rara, ainda que não se possa negar.

E', com effeito, excepcional encontrar-se na autopsia feita em typhicos, traços de adherencias nas ansas intestinaes; estas são, pelo contrario, geralmente independentes umas das outras, mesmo no nivel das placas de *Peyer* tumefeitas, ulceradas e em via de se perfurarem.

As perfurações do intestino, consecutivas a uma febre typhica, se farão na grande cavidade peritoneal, e determinarão uma peritonite generalisada.

Nós não insistiremos sobre a evolução das lesões que se produzem depois da perfuração intestinal.

Circumscriptas ou generalisadas, estas lesões são identicas, qualquer que seja a causa da perfuração.

Ellas têm talvez uma intensidade e uma gravidade maiores, quando se produzem no curso de uma febre typhica, devido á virulencia consideravel dos liquidos derramados.

Se a peritonite fica circumscripta, o tumor purulento pode abcedar na parede abdominal, *Murchison*; ou no

perineo, *Newton*; em uma cavidade visceral; no peritoneo e no proprio intestino, *Murchison*.

Todos estes casos são excepcionaes; e a regra é que a peritonite generalisada evolue rapidamente.

A morte chega geralmente no fim do segundo dia; raramente o individuo pode viver mais de 4 dias, mas ha casos em que a sobrevida vae alem de 10 dias.

Esta terminação, se bem que frequente, não é entretanto fatal como acreditavam, sem razão, *Louis*, *Chomel*, *Rokitanski*, *Jenner*.

Ha casos de cura citados por *T. W. Burton*, *Tweedie*, *Tod*, *Long Fox*, *Cayley* (6 casos), *Murchison*, (3 casos), *Bucquoi*, *Dieulafoy*, *Ballard*, *Joseph Bell*, *Bristowe*, *Griesinger*, *Buhl*, *Thierfelder* e *Morin* (citados por *Murchison*).

Serão veridicos todos estes casos?

Em doentes que se curaram depois de accidentes graves, parecendo depender de uma perfuração, é certo que esta complicação se tenha produzido?

A peritonite, em egual circumstancia, não é ordinariamente duvidosa, mas, segundo a justa observação de *Murchison*, ella pode resultar de qualquer outra causa além da perfuração: propagação da inflammação do intestino, amollecimento do infarctus do baço, abertura de um ganglio mesenterico suppurado, abertura de abcessos das paredes da bexiga, do ovario, dos musculos da parede abdominal, perfuração da vesicula biliar.

E' dizer-se que é bem difficil estabelecer a porcentagem exacta da mortalidade nas perfurações typhicas, pois que todo meio de verificação falta para os casos de cura.

Não se deve estar de accordo com as estatisticas, senão com um valor relativo.

Satisfar nos-emos, a respeito, em mostrar as provas que se podem tirar dos documentos de *Murchison* obtidos em sua pratica pessoal com eliminação tão completa quanto possivel das causas de erro.

Murchison diz que 60 vezes encontrou perfuração no intestino em autopsias feitas em doentes que succumbiram de febre typhica.

Em outra parte, elle observa 6 casos de cura depois de perfurações, cuja existencia lhe pareceram indubitaveis (em 3 destes casos a peritonite era enkystada).

Seja um total de 66 casos de perfuração typhica com 6 curas, isto é, uma mortalidade de 90 por cento, que se elevaria a 95 si se encarasse os casos em que a peritonite fosse generalisada.

Comprehende-se que esta extrema gravidade da perfuração, abandonada ou tratada somente pelos meios medicos (opium e dieta), tenha impellido os cirurgiões a intervir, e agir directamente sobre a perfuração, para deter o derramamento das materias intestinaes na cavidade peritoneal.

Foi em vista destes factos que *Leiden*, em 24 de Maio de 1884, teve a feliz idéa de aconselhar a intervenção cirurgica nos casos de perfurações intestinaes consecutivas á febre typhica, em um relatorio que fez sobre o tratamento das peritonites por perfuração do intestino.

Em Setembro do mesmo anno, *Mikulicz*, na 57.ª assembléa de medicos allemães em Magdebourg, leu um relatorio de 4 observações sobre o tratamento cirurgico das perfurações do estomago e do intestino, e aconselhou a intervenção todas as vezes que não houvesse collapso.

D'entre estas 4 observações que elle diz serem pessoaes, destacou uma da qual se tratava de uma perfuração intestinal consecutiva a uma febre typhica.

Nesta, elle praticou a sutura da perfuração e o doente curou-se.

Em Outubro de 1885, *Lücke* operou uma mulher recentemente parida, tratada por uma febre typhica muito grave no serviço clinico de *Kussmaul.*

Após a anesthesia pelo chloroformio dimethylacetico, procedeu a laparotomia mediana.

A cavidade abdominal continha um liquido turvo, floconoso, de cheiro fecaloide.

Lücke reseccou uma porção cuneiforme do intestino perfurado, reuniu as duas extremidades do intestino por meio de suturas de *Lembert*, lavou e drenou o peritoneo; esta operação durou 2 horas.

No fim da operação o pulso do paciente enfraqueceu, não voltando ao estado primitivo.

O doente morreu em hyperthermia (40°,7), 11 horas após o acto operatorio.

Pela autopsia verificou-se que a cavidade de *Douglas* continha meio litro de puz, havia necrose circumferencial no nivel das suturas intestinaes e uma congestão pulmonar muito forte.

Deste facto tirou *Lücke* as seguintes conclusões:

1.ª Drenar a cavidade de *Douglas* pela vagina.

2.ª Abreviar a operação, praticando um anus artificial.

Na mesma epocha *Greiz Smith* viu, na cavidade peritoneal de um paciente, uma vasta collecção de puz e de materias fécaes, devido a uma perfuração do grosso intestino e do intestino delgado.

Drenou a bolsa.

O doente morreu por esgotamento no fim de 4 semanas.

Por não se ter feito autopsia não se poude verificar si se tratava de uma febre typhica.

Em Janeiro de 1886, *Escher*, operando um rapaz de 20 annos, portador de uma hernia escrotal direita, que elle julgava estrangulada, cahiu em um sacco cheio de um liquido turvo que vinha da cavidade abdominal; abaixo do annel encontrou as ansas intestinaes agglomeradas, circumscrevendo bolsas cheias de um liquido amarello ambreado, turvo, de cheiro fecaloide, mas não contendo traços de materias fecaes.

Lavou e drenou estas cavidades e o doente curou-se.

Escher julgou tratar-se de uma perfuração intestinal sobrevinda no curso de uma febre typhica ambulatoria, mas é bem provavel que se tratasse simplesmente de uma perityphlite com perfuração do appendice vermicular.

No mesmo anno (1886), *Bartleet* (*de Birmingham*) operou um caso de peritonite generalisada por perfuração intestinal no curso de uma febre typhica.

Depois de um exame rapido mas infructifero da perfuração, contentou-se em lavar, drenar e suturar o peritoneo.

O doente morreu no dia seguinte.

Em Outubro de (1887), *R. B. Bontecou* operou um rapaz attingido de peritonite no quinto dia de uma febre typhica.

A perfuração datava de cerca de 48 horas, o doente estava em collapso e a morte era fatal.

A operação apenas apresentara uma pequena probabilidade de cura.

Após a etherisação, *Bontecou* reseccou o appendice vermiforme ulcerado perto de sua base, suturou uma perfuração oval situada no ileon a $0^{m},03$ de sua terminação, e fez a lavagem do peritoneo.

O doente morreu pouco depois.

Em Novembro do mesmo anno (1887), *Morton* operou um homem attingido de febre typhica ambulatoria, 20 horas após a perfuração.

Morton suturou uma perfuração situada no ileou a $0^m,33$ do cœcum e uma ulceração visinha á valvula de *Bauhin*, que estava prestes a se perfurar.

Fez o asseio minucioso do peritoneo; 6 horas depois o doente cahiu em collapso e morreu 1 hora mais tarde.

Feita a autopsia verificou-se uma peritonite generalisada.

Em 1888, *Trelat* apresentou ás sociedades sabias da Academia de Medicina de Paris 2 casos.

O 1.º foi um rapaz que se apresentou em seu serviço clinico, com uma fistula iliaca consecutiva a uma febre typhica.

Esta fistula, por varias vezes, se fechou e reabriu-se durante o anno.

Trelat não aconselhou a intervenção.

O 2.º foi um rapaz attingido, em 1886, de uma typhlite que se curou sem suppuração, mas reappareceu em 1887 com abertura para fóra.

Em Janeiro de 1888, *Trelat* verificou a existencia de uma fistula esterco-purulenta com largo orificio intestinal.

O doente emmagrecia e tinha accessos febris repetidos.

Trelat interveio tendo estudado com cuidado 17 casos analogos, porque, dizia elle, « o tratamento desta affecção está ainda imperfeitamente estabelecido », e deste estudo tirou as seguintes conclusões:

1.ª As fistulas esterco-purulentas consecutivas á supurações extensas que se acompanham de massas adherentes consideraveis, estão acima dos recursos da cirurgia.

2.ª Estão nas mesmas condições as fistulas de trajecto muito longo e sinuoso, cuja abertura produziria destroços muito consideraveis.

3.ª A 3.ª causa de insuccesso é a existencia de perfurações intestinaes multiplas.

4.ª Fóra destas condições, que pedem abstenção, a melhor linha de conducta parece ser a larga abertura da collecção purulenta com exploração de seu orificio intestinal, a raspagem e asseio de suas paredes, e a sutura secundaria, mais ou menos prematura, do intestino, depois de ter totalmente libertado de suas adherencias.

Foi com este programma que *Trelat* começou a agir, mas um incidente operatorio levou-o a modifical-o.

Effectivamente a cavidade peritoneal se achava aberta durante a raspagem das paredes do abcesso e procedeu-se com proficiencia á libertação do intestino e á occlusão de sua perfuração por dois planos de sutura: um mucoso, de 9 pontos, e outro de *Lembert*, de 11 pontos.

Os fios profundos foram collocados sobre a parede abdominal, tendo sido retirados os tecidos que ficaram friaveis pela inflammação.

Fechou-se o abdomem por suturas comprehendendo toda sua espessura como após a ovariotomia, drenando se com duas mechas de gaze iodoformada.

A cura era completa no fim de 15 dias.

Trelat disse que resultados analogos só foram obtidos em 4 casos; 2 de *Riedel*, 1 de *Julliard* e 1 de *Horteloup*.

Em todos estes casos a sutura do intestino adherente tinha, a principio, sido libertado sem successo; e *Trelat* aconselhou a renuncia desta pratica que hoje não tem mais razão de ser.

Routier lembra ter feito no doente de *Horteloup* uma primeira intervenção, transformando-a perfuração intestinal de $0^m,14$ de extensão em uma de $0^m,04$ a $0^m,05$.

A grande extensão da perda de substancia lhe fez preferir uma sutura parcial.

Tillaux critica o plano de sutura mucosa de *Trelat;* mas este disse que não praticava habitualmente esta sutura, e se a fez foi como meio approximativo, para permittir a pratica facil e regular da sutura de *Lembert.*

Em Setembro do mesmo anno (1888), no 1.º congresso de medicos e cirurgiões americanos effectuado em Washington nos dias 18, 19 e 20, travou-se uma discussão a proposito da intervenção cirurgica nas perfurações intestinaes causádas pela febre typhica, resultando que a intervenção não é justificavel, quando a perfuração se dá durante o periodo de estado da molestia.

O typhoidico não pode supportar o menor choque operatorio.

Cheever (*de Boston*) disse que perdeu um doente depois de uma helotomia das mais simples.

Bontccou (*deIroy*) tentou debalde a laparotomia em uma ulceração typhica perfurante.

Ewing Mears (*de Philadelphia*) insistiu que só se deviam operar os casos de febre typhica benigna, ou perfurante no periodo de convalescença, e adoptando os methodos que reduzem o choque operatorio, laparotomia com creação de anus artificial.

Entretanto deve-se sempre intervir-nos casos de perfuração não typhicas do appendice ileo-ccœal.

Bull (*de New York*) obteve 4 successos em 6 laparotomias desta natureza.

Em Outubro de 1889, *Bontecou* fez a sua segunda operação em um homem no 40.° dia de febre typhica, pelo menos 17 horas após a perfuração.

Praticou a operação durante a noite.

Suturou uma perfuração circular de $0,^{m}012$ de diametro, situada no ileon e a $0^{m},12$ ou $0^{m},15$ do cœcum.

Após a lavagem do peritoneo com agua fervida poz um dreno e suturou a incisão mediana.

Após a operação o estado do doente era o mesmo que o anterior; no dia seguinte o pulso era melhor, o doente não soffria e parecia em via de cura.

Mas, infelizmente, o doente foi apoderado de delirio e agitação, arrancou o penso com o dreno, cahiu em collapso e morreu.

Senn publicou no Medical News de 1889 a historia de uma laparotomia em um homem, doente desde 3 semanas attingido de volvulus e de peritonite por perfuração.

Depois de reduzir o volvulo reseccou a porção gangrenada do intestino e suturou as 2 extremidades.

Lavou o peritoneo com uma solução salicylada de 1300 e drenou-o.

O doente morreu em collapso 10 horas depois.

Feita a autopsia, verificou-se uma peritonite generalisada e 3 ulcerações no ileon em via de se perfurarem.

A proposito de uma discussão sobre o tratamento cirurgico das perfurações do estomago e intestino, *Frank (de Berlim)* cita 2 observações de *Hahn*, sobre a laparotomia por perfuração intestinal no curso de uma febre typhica, seguidas de morte.

Wagner operou um doente, na convalescença de uma febre typhica, attingido de perfuração intestinal com resultado satisfatorio.

Na discussão da Academia de Medicina de Dublin, em Maio de 1889, *Nicholas*, *Ball*, *Ormsby* se pronunciaram a favor da intervenção precoce nos casos de peritonite por perfuração typhica.

Em 1890, *Kimura*, cirurgião da Marinha Japoneza, publicou o relatorio de uma laparotomia feita 28 horas após a perfuração em um typhico quasi moribundo.

Fez a sutura intestinal, lavou o peritoneo com uma solução borificada e quente, drenou-o e suturou a ferida abdominal.

O doente ficou satisfeito durante algum tempo, mas 9 e 1/2 horas depois da operação morreu.

No mesmo anno (1890), apparece o consciencioso trabalho de *Louis* qne não encerra observações ineditas, mas as publicadas até então.

Apezar dos máos resultados da intervenção que quasi em todos os casos tem sido fataes, elle conclue que, salvo durante o collapso, convem intervir, pois é a unica probabilidade theorica de cura, probabilidade esta muito diminuta mas que é a ultima, portanto difficil de recusar a familia ou ao enfermo.

Os trabalhos de *Lavaschoff* (*de Kazan*) tendem ás mesmas conclusões.

Em 1891, *Van Hook* fez referencia de 3 casos operados por elle com uma cura.

W. Koerte, 1892, *Cayley*, *Bland Sutton*, *Allingham*, *Damer Harison*, *Alexandroff* intervieram com insuccesso.

Abbe (1895), tem a felicidade de salvar seu doente e insiste energicamente para que se intervenha.

No mesmo anno 1895, surgem as observações de *Parkin*, 1 morte; *Ill*, *Viggin*, *Ferraresi* e *Gould*, casos em que os diagnosticos eram duvidosos.

O primeiro caso operado na França foi relatado por *Ternet* em 1895.

Em 1896, *Hotchkiss* cita um caso seguido de morte, *Watson* um caso de cura e *Lejars* 2 casos de morte.

Houzi em seu trabalho, «A intervenção cirurgica na peritonite aguda diffusa por perfuração expontanea», consagra um capitulo especial ao estudo das perfurações typhicas.

Dieulafoy apresenta á Academia de Medicina de Paris a observação de um caso operado pelo professor *Routier* 12 horas após a perfuração.

Routier suturou o intestino, drenou e fechou a ferida com gaze iodoformada.

O doente morreu 11 dias depois com 2 novas perfurações.

Brun cita uma observação de um menino tratado no serviço clinico de *Moizard* por febre typhica e que, durante a recahida, foi surprehendido por phenomenos de perfuração.

Brun encontrou uma perfuração de 0,m01 de diametro, fez a sutura em 2 planos pelo processo de *Lembert*, irrigou o ventre com 4 litros de agua fervida, e fechou a ferida abdominal, deixando 2 grossos drenos na abertura.

Graças a abundantes injecções de sôro, o doente voltou a si, e durante 3 dias pareceu melhorado, mas o ventre permanecia abaulado, e pelos drenos evacuava-se um liquido sero-purulento misturado a materias amarelladas, o que fazia crer que a sutura não estava perfeita.

O menino viveu ainda 6 dias e morreu no 7.º em hypothermia.

Feita a autopsia verificou-se que as suturas estavam perfeitas, mas havia 5 perfurações novas e uma placa de *Peyer* em via de se perfurar.

Factos desta ordem, dizia *Brun*, são muito desanimadores, entretanto não ha razão bastante para se deixar de intervir.

Terrier, em 1896, interveio em uma perfuração do intestino que, não sendo de origem typhica, póde ser entretanto aproximada.

O facto passou-se em casa de um joven medico.

Este, homem de 30 annos de edade, com excellente saude, após o jantar indo a sentina, foi apoderado de uma dor muito intensa no lado esquerdo do ventre, seguida logo de alguns vomitos.

Charcot, que se achava presente na occasião, pensou logo em uma peritonite por perfuração e narrou o facto passado a *Terrier*.

Este, vê o doente no 4.º ou 5.º dia e por suas vivas instancias, praticou a laparotomia apezar de uma peritonite generalisada claramente caracteristica.

Após a abertura do ventre *Terrier* se dirigiu immediatamente para a região onde se manifestara a dor ventral, a esquerda; ahi elle encontrou as ansas do intestino, colon, agglomeradas, e quando elle as descollou, descobriu 10 perfurações successivas escaladas ao longo do colon ascendente.

Fez a sutura destas perfurações e o doente morreu na mesma tarde.

As difficuldades encontradas por *Terrier* foram consideraveis e factos identicos não são raros, não constituindo porem razão bastante para que não se intervenha.

Convem somente saber que as condições em que se é forçado a intervir são deploraveis, de onde os resultados as mais das vezes funesto.

Em 1897, *Brun* operou um menino, 22 horas após os primeiros symptomas de perfuração intestinal.

Fez a sutura do intestino e a irrigação da cavidade Pe_ritoneal.

O menino morreu 7 dias depois.

Feita a autopsia verificou-se uma peritonite generalisada e 5 novas perfurações.

Em 1898, *W. Hill* interveio em uma creança no 6°. dia de uma febre typhica e 12 horas após os primeiros symptomas de perfuração intestinal.

Encontrou uma grande perfuração, reseccou a porção do intestino perfurado e fez a anastomose pelo botão *Murphy*.

A creança curou-se.

Em 1899, *Houchard* publica a observação de um caso fatal, *D'Audet*, nos archivos de Medicina Militar, 2 casos fataes; e *Platt*, no Britsh Medical Journal, narra 1 caso de cura e 2 seguidos de morte.

Hawkin e *Thurston* intervieram em uma menina no 41° dia de uma febre typhica e 15 horas após os primeiros symptomas de perfuração.

Encontraram uma perfuração na parede do cœcum e um derramamento sero-purulento na cavidade peritoneal.

Reseccaram a porção perfurada do intestino e suturaram-no, depois fizeram a lavagem e drenagem da cavidade peritoneal.

A menina curou-se.

No mesmo anno (1899), *Finley* interveio em um menino que entrou para o hospital *in extremis*, na 2.ª semana de uma febre typhica e 3 dias após os primeiros symptomas da perfuração.

A cavidade peritoneal continha gazes, puz e fezes.

Fez a sutura da perfuração irrigou e drenou a cavidade peritoneal

A creança morreu.

Richard e *Goodall*, no mesmo anno (1899), intervieram em uma menina na 12.ª hora após os primeiros symptomas de perfuração typhica.

Encontraram a perfuração a 0,m09 do cœcum, fizeram a sutura, irrigaram e drenaram o peritoneo.

A menina morreu 4 dias depois.

Feita a autopsia, verificou-se uma nova perfuração.

Pearson, no mesmo anno (1899), interveio em um menino no 16.º dia de uma febre typhica, 9 dias depois dos primeiros symptomas de perfuração.

Aberto e drenado o abcesso o doente curou-se.

Martin, no mesmo anno (1899), interveio em um menino na 3.ª semana de uma febre typhica 33 horas após os primeiros symptomas de perfuração.

A creança morreu.

Nos annos de 1900, 1901, 1902 e 1903, os casos operados têm se multiplicado de forma tal que não podemos obtel-os na totalidade, todavia procuraremos fazer um resumo dos que nos vieram as mãos, com citações das epochas, os nomes dos cirurgiões que intervieram e os resultados obtidos pela intervenção.

Em 1900 podemos citar os casos de *Sieur*, 1 morte — *Mignon*, 1 morte—*Davis*, 1 morte—*Dalziel*, 1 cura—*Hugh M. Taylor*, 1 cura—*Woolsey*, 1 morte—*Lower*, 1 morte— *Meyer*, 1 cura—*Dans*, 1 cura—*Warren*, 3 curas e 19 mortes —*Monod*, 1 morte—*Borrs*, 1 morte—*Balance*, 1 morte— *Marsden*, 1 morte—*Richard H. Harte*, 1 cura—*Legueu*, 2 curas e 1 morte.

Em 1901, podemos citar os casos de *Berg*, 1 cura— *W. L. Rodman*, 1 cura—*Dandridge*, 1 cura e 2 mortes— *Cushing*, 2 curas—*Loison*, 1 cura—*Legueu*, 2 curas—*Rohard*, 2 mortes—*Routier*, 1 morte—*Taylor*, 2 mortes—*Dea-*

nesley, 1 cura—*Heuston*, 1 cura—*Godwin*, 1 morte—*Ferrier*, 1 cura e 2 mortes—*Jones*, 1 cura.

Em 1902, podemos citar os casos de *Richard H. Harte*, 2 curas—*Armstrorg*, 1 cura e 25 mortes—*Briggs*, 1 cura e 4 mortes—*Shoemaker*, 1 morte—*Davis*, 1 cura—*F. Tilden, Brown*, 1 cura e 2 mortes—*Hays*, 3 curas e 4 mortes—*Chevalier*, 3 curas.

Em 1903, podemos citar os casos de *J. C. Munro*, 1 cura e 14 mortes—*F. Tilden Brown*, 1 cura—*Bowlby*, 1 cura—*Depage*, 1 cura.

Em epochas por nós desconhecidas, citaremos os casos de *Russel*, 1 cura e 2 mortes—*Willard*, 1 morte—*Richard H. Harte*, 11 mortes.

CAPITULO II

SYMPTOMATOLOGIA. Os symptomas da peritonite por perfuração intestinal nos typhicos, como os de toda peritonite, podem ser geraes e locaes.

SYMPTOMAS GERAES. *Facies.* Muitas vezes observa-se uma transformação brusca e bem visivel na physionomia da typhoidico attingido de peritonite por perfuração intestinal; outras vezes esta transformação só se percebe tardiamente, depois do apparecimento de outros symptomas suggestivos de perfuração; no entretanto, casos ha em que a physionomia do paciente se conserva inalteravel.

A expressão da physionomia do typhoidico, quando a perfuração se produz, é opprimida, anciosa, abatida, denotando o soffrimento de uma dor atroz.

Esta transformação da physionomia nem sempre se apresenta immediatamente após a perfuração; geralmente se a observa depois de diversos outros symptomas que despertam a attenção para a possibilidade da perfuração intestinal.

O choque primario da perfuração é evidente, notando-se que é mais accentuado nos adultos do que nas creanças.

Nos adultos os symptomas subitos de collapso são muito frequentes, no entanto, nas creanças estes symptomas raramente se manifestam, salvo no estado adiantado da peritonite.

A expressão opprimida, anciosa, abatida do typhoidico apparece somente com o progresso da infecção do peritoneo,

e apenas tem um valor relativo como symptoma de peritonite.

Temperatura. Em muitos casos, a curva thermica nada apresenta de caracteristico; ora conserva-se alta, ora apresenta notaveis oscillações.

Em alguns casos, observa-se uma queda brusca da temperatura, para a normal ou subnormal, logo depois da perfuração, accompanhada de calefrios intensos; em outros casos, nota-se uma hemorrhagia intestinal justamente antes da ruptura do intestino, tanto que o abaixamento thermico foi attribuido a esta hemorrhagia.

Pulso. Quando a perfuração do intestino se produz, as alterações do pulso são extraordinarias e se observam com bastante clareza.

Estas alterações são um dos primeiros symptomas que se apresentam na perfuração intestinal.

Nota-se que o pulso em alguns pacientes, se accelera bruscamente, torna-se pequeno e desigual e persiste com estes caracteres e uma frequencia progressiva durante varios dias, *Lereboullet*.

Estas alterações observam-se geralmente durante a producção da perfuração ou logo após; no entretanto, casos ha em que se não observa alteração alguma no caracter e frequencia do pulso entre o tempo da perfuração e da operação.

Respiração. As alterações, que se observam na frequencia da respiração, são insignificantes em todos os doentes, até que os symptomas bem claros da peritonite se tenham desenvolvido; e neste caso o paciente é attingido por uma dispnéa mais ou menos intensa intercalada de soluços.

Vomito. O vomito, em alguns casos, se apresenta como um symptoma precoce sendo por vezes porraceos.

O vomito é tanto mais ancioso quanto mais demorada é a epocha em que se intervem.

Em muitos casos o vomito não se apresenta não obstante o estado adiantado da peritonite.

Leucocytose. As observações de contagem de leucocytos foram feitas em alguns casos.

Em alguns pacientes, esta contagem foi feita frequentes vezes, e em todos os casos notou-se um rapido ou gradual augmento no numero das cellulas brancas.

Nesta contagem se tem observado desde o numero normal de leucocytos até o numero de 28000, que é um dos mais altos.

O facto de nestes casos verificar-se uma leucocytose mais ou menos notavel, foi considerado significativo, posto que tenha sido observado este symptoma associado a outros symptomas abdominaes sem que se tenha encontrado perfuração.

Assim *M. Rae* e *Mitchell*, no *Johns Hopkins Hospital Reports.*, vol. X, ns. VI e IX, referem 2 casos desta natureza em creanças.

No 1° paciente, os symptomas foram devidos a distenção abdominal e o numero de leucocytos foi de 9700: no 2.° os symptomas abdominaes seguiram-se a uma hemorrhagia intestinal e o numero de leucocytos foi de 12000.

Justamente antes, e por algum tempo depois da perfuração, o numero de leucocytos no sangue provavelmente augmenta sempre, mas quando a infecção da cavidade peritoneal começa, ha uma grande effusão de leucocytos para o peritoneo, e no sangue o numero diminue rapidamente.

Se a contagem dos leucocytos for feita durante o 1.°

periodo, notar-se-ha visivelmente um augmento, e será de valor evidentemente confirmativo, mas os casos de *Mc. Rae* e *Mitchell* e outros da mesma natureza mostram que a presença de uma leucocytose é utilisada sómente, com circumspecção, como um symptoma diagnostico, emquanto a sua ausencia não exclue a possibilidade de perfuração intestinal.

Symptomas locaes. *Dor*. A dôr, na maioria dos casos, é mencionada como o primeiro symptoma que desperta especialmente a attenção para o lado do abdomen.

Ella é geralmente localisada nas regiões mais baixas do abdomen especialmente do lado direito.

Em alguns pacientes, a dor é limitada á região iliaca direita, em outros, ella se generalisa em todo abdomen; podendo este symptoma apparecer por accessos, e raramente é constante, variando muito pouco na intensidade.

Hyperesthesia abdominal. Pela palpação, a hyperesthesia abdominal é manifesta em cada um dos casos, mas parece sempre haver um intervallo apreciavel entre a primeira apparição de dôr e a apparição da hyperesthesia abdominal.

Em alguns casos, observa-se que o abdomen é mais sensivel na região iliaca direita.

Aspecto do abdomen. Observa-se, na maioria dos casos, transformações no aspecto do abdomen.

O grão de distensão do abdomen é moderado em quasi todos os casos, não mais moderado do que se observa quando não ha perfuração.

Alguns casos ha em que esta distensão é consideravel e pode mesmo chegar a uma proporção exagerada; no entretanto, citam-se casos em que não ha distensão alguma.

Rigidez. A rigidez dos musculos abdominaes é mais ou menos notada.

A desapparição ou diminuição bem notificada da area da massidez hepatica, poucas vezes foi observada.

Nesta curta relação de symptomas, não ha differença essencial entre os symptomas de perfuração em creanças e adultos.

Uma dôr repentina ou o augmento da dôr existente é geralmente o symptoma mais precoce e mais proeminente com a concumitancia da hyperesthesia ou rigidez abdominal.

Modificações na temperatura, no pulso, leucocytose, vomito, diminuição na area da massidez hepatica, etc., têm em muitos casos somente um valor confirmativo.

O apparecimento do collapso, que se apresenta em muitos adultos com perfuração typhica, é raramente observado nas creanças, salvo em estado adiantado de peritonite.

Assim, um pequeno numero de casos de tympanite ligeira é mais facil de se apresentar, durante o curso da febre, nas creanças; um ligeiro augmento na distensão abdominal pode apparecer algumas vezes sem ter alguma significação, e com este augmento pode haver uma diminuição na area da massidez hepatica devida sómente á distensão.

Em muitos casos, não é um ou outro symptoma, mas o conjuncto de symptomas que deve orientar o diagnostico.

Como é natural, as creanças não estão, como os adultos, habilitados a descrever e localisar os seus symptomas concorrendo esta circumstancia para tornar ainda mais difficil o diagnostico da perfuração.

Consideravel numero de casos foi relatado em que se apresentaram os symptomas caracteristicos de peritonite perfurativa e que se curaram sem operação, e não poucos casos foram publicados em que a laparotomia foi feita em peritonites, mas não se encontraram as perfurações.

Peritonites podem se apresentar com ulcerações profundas do intestino e alterações na membrana serosa, mas sem perfuração ou outra lesão abdominal apreciavel.

Casos desta natureza foram referidos por *Cushing, Finly M. Rae* e *Mitchell, Herringham, Bowbly* e outros.

De outra parte não se pode negar, como *Henoch*, que, depois da perfuração typhica do intestino, a cura pode ter logar sem operação.

A perfuração intestinal pode ser obturada pela fibrina, por adherencias do epiploon ou outra ausa do intestino, ou pode um abcesso se formar e fazer a sua descarga atravez da parede intestinal.

Fitz Keen e *Murchison* julgam que 5 °/₀ dos pacientes com perfuração do intestino na febre typhica se curam sem operação.

Fitz, todavia, diz que, ainda que suggestivos, os symptomas caracteristicos podem apparecer sem ter se dado alguma perfuração e deve-se admittir que a cura de taes symptomas não é prova satisfactoria de cura da perfuração.

Não obstante a verdade evidente da explicação precedente, é certamente possivel que a cura possa ter logar sem operação, mas, tambem é possivel que estes casos sejam devidos a uma perfuração unica de uma ulcera do appendice, que é tambem chamada appendicite typhica, uma affecção em que a tendencia à localisação do processo e resolução espontanea é muito maior do que na perfuração do intestino delgado.

DIAGNOSTICO. Com o conjunto de symptomas mencionados acima, o diagnostico se impõe, mas nem sempre os symptomas se apresentam com regularidade e clareza para que se faça um diagnostico seguro.

E' assim que ha casos em que a peritonite pode ficar latente *Laboulbene Murchison*; ha outros mais raros em que a peritonite tem a principio um caracter subagudo, para tomar depois uma marcha rapida; é o que se passa quando o derramamento dos liquidos intestinaes foi localisado desde o principio pelas adherencias e só se diffundio ulteriormente (caso de *Griesinger* citado por *Murchison*).

Nestas condições é natural que não se poderá reconhecer a existencia da peritonite ou que só se conhecerá tardiamente e muitas vezes tão tarde que não se poderá intervir.

Estes factos postos de parte, o diagnostico da perfuração é ordinariamente possivel, porque os symptomas são numerosos e muitas vezes claros: apparição de uma dôr abdominal mais ou menos intensa no momento em que a perfuração se produz, soluço, vomitos por vezes porraceos, facies abatido, abaulamento do ventre, elevação ou abaixamento de temperatura e principalmente modificações do pulso que se torna rapido, pequeno e desegual, se conservando assim por muitos dias.

Sem duvida o quadro symptomatico não é sempre tão completo e claro.

As mais das vezes, a peritonite typhica se declara insidiosamente ou ao menos com symptomas attenuados, «é assim que, em muitas circumstancias, os principios da peritonite passarão despercebidos se o doente não for vigilado de perto» *Dieulafoy*.

O doente, cujas sensações são mais ou menos enfraquecidas pela infecção, pode não prestar attenção ás dores.

Os vomitos podem existir na febre typhica não complicada de perfuração; o tympanismo abdominal é normal na dothienenteria, mas, se estes symptomas mais ou menos

accentuados deixam por vezes o medico na incerteza, o soluço, a modidificação brusca da temperatura e principalmente as modificações do pulso vêm remover todas estas duvidas.

Evitar-se-á assim acreditar em uma defervescencia brusca da febre typhica na qual se verificará uma melhora de todos os symptomas, ou a uma hemorrhagia intestinal que se acompanha sempre de hypothermia, ordinariamente de melœna, e depois da qual a temperatura subirá, em algumas horas a um nivel tão elevado quanto antes da queda.

Pode-se pois dizer que, em regra geral, a perfuração pode ser reconhecida, e, ponto capital, desde a sua producção.

Tendo sido feito o diagnostico precoce, diz *Richard H. Harte*, «a operação immediata será solicitada, não obstante em presença de um choque profundo, porque cada hora de demora diminuirá porporcionalmente as probalidades da cura do doente».

Não nos arrojaremos a tanto como o illustre cirurgião Americano, receiando um insuccesso; procuraremos entretanto, restabelecer as forças do paciente em estado de choque, por meio de injecções hypodermicas ou intravenosas estimulantes, de ether, cafeina, soro artificial, etc.

Deixaremos passar as primeiras horas, emquanto se confirma o diagnostico e prepara-se o instrumental para a intervenção.

Verdade é que não poucas vezes tem sido a laparotomia feita em typhicos, com todos os symptomas de perfuração, e não poucas têm sido as surpresas de não se encontral-a.

Não é razão bastante para desanimar o cirurgião, porque a laparotomia em branco hoje é um meio explorador, e

não traz consequencias funestas ao doente, e o cirurgião ficará com sua consciencia tranquilla porque procedeu conforme lhe ensina a sciencia de curar.

Tempo da perfuração. A perfuração pode occorrer em todos os periodos da molestia; na convalescença e nas recahidas, observando-se que ella é mais commum na 3.ª semana de molestia, na convalescença e nas recahidas; notando-se casos de perfuração em pacientes já restabelecidos.

Entretanto, o medico que trata um caso de febre typhica, especialmente em creanças, deve sempre dirigir mais a attenção para os symptomas abdominaes na 3.ª semana da molestia e na recahida, porque é principalmente nestas occasiões que a perfuração se dá.

O abdomen será sempre examinado, e, ainda que apparentemente, observar-se-á as modificações mais triviaes.

Se houver diarrhéa ou tympanite bem caracterisadas durante a molestia, ou se o paciente tiver uma hemorrhagia intestinal, estes symptomas não influem, por menor que seja a sua intensidade, que haja maior probabilidade de perfuração.

As condições exactamente mencionadas são mais faceis de occorrer com a ulceração profunda do intestino, e sua presença é geralmente uma evidencia de gravidade das lesões intestinaes.

Tempo da operação. O menor intervallo entre os primeiros symptomas de perfuração e a pratica da intervenção foi de 2 horas; e o maior de 9 dias, notando-se que as probalidades de cura são maiores nas primeiras 24 horas após a perfuração.

PROGNOSTICO. *Keen*, *Loison* e outros dizem que depois da intervenção operatoria por perfurações typhicas, o pro-

gnostico é mais favoravel nas creanças do que nos adultos mas as estatisticas comparativas ainda não foram feitas.

Os relatorios das operações praticadas por diversos cirurgiões mostram que as creanças se curam mais facilmente que os adultos.

E' assim que Taylor operou 5 pacientes, 4 adultos e 1 creança, e sómente a creança curou-se; Dalziel operou 5 adultos e 1 creança, e sómente a creança curou-se; Escher operou 2 creanças e 2 adultos, ambas as creanças e um adulto se curaram.

Em 289 operações por perfuração do intestino em typhicos, colleccionadas por Charles A. Elsberg, 25 casos foram em creanças com 16 curas ou 64 %.

Os resultados das operações foram os seguintes:

Numero total de casos operados 289.

Numero total de pacientes curados 75; 25,9 %.

Numero total de pacientes mortos 214; 74,1 %.

Numero total de adultos 264; 91,4 %.

Numero total de creanças 25; 8,6 %.

Numero total de adultos curados 59; 22,4 %.

Numero total de adultos mortos 205; 67,6 %.

Numero total de creanças curadas 16; 64 %.

Numero total de creanças mortas 9; 36 %.

Pelo quadro acima, vemos que as probabilidades de cura são mais de duas vezes maiores em creanças do que em adultos.

A medida que a intervenção tem progredido chronologicamente, o prognostico tem se tornado menos sombrio, como se verá no seguinte quadro estatistico estabelecido por Richard. H. Harte:

Casos curados 87, — Casos de morte 245, total 332, — mortalidade 73,79 %.

De 1884 a 1888 nota-se 1 caso de cura e 9 de morte, total 10, mortalidade 90 %;

De 1889 a 1893—2 casos de cura, 14 de morte, total 16, mortalidade 87,5 %.

De 1894 a 1898—28 casos de cura, 82 de morte, total 110, mortalidade 74,5 %.

De 1899 a 1903 — 45 casos de cura, 101 de morte, total 146, mortalidade 69,1 %.

Em 25 casos a epocha da operação não foi assignalada.

Quanto ao prognostico nos sexos, Richard H. Harte diz que o sexo masculino está mais sujeito á mortalidade que o feminino, e formula o quadro seguinte:

Mortalidade para o sexo masculino 78,5 %.

Mortalidade para o sexo feminino 61,4 %.

Com a marcha progressiva que a cirurgia tem tido, e terá, nós ainda nutrimos a esperança de ver baixar a mortalidade em futuro não muito remoto.

Cirurgicamente falando, cremos como Cushing, que a unica contra-indicação positiva para a operação é o estado moribundo do individuo.

O prognostico da operação muito depende de um diagnostico precoce, e a melhora ulterior nos resultados operatorios trará progressos nos methodos diagnosticos.

CAPITULO III

Antes de entrarmos no estudo da technica operatoria, pretendemos fazer ligeiras considerações sobre o máo estado geral do paciente, difficuldades de se encontrar a perfuração, os casos justificaveis da intervenção e o momento proprio de intervir, deixando de falar a respeito das difficuldades do diagnostico, por julgarmos ter feito no capitulo apropriado.

Máo estado geral do paciente. E' incontestavel que um doente, com uma peritonite diffusa consecutiva a uma febre typhica, se acha em peiores condições de resistencia que aquelles nos quaes a peritonite é produzida por uma perfuração do estomago, do duodeno ou do appendice por outra causa qualquer.

Nestes ultimos casos a lesão local é a principal, e o tratamento cirurgico, feito em tempo opportuno, traz quasi sempre a cura.

Nos typhicos dá-se o contrario, a infecção geral está collocada no primeiro plano; ella data já de algum tempo no momento em que a complicação local sobrevem, ou ella vae continuar a evoluir durante algum tempo ainda, após a producção de uma perfuração que appareceu no curso dos primeiros symptomas.

E' pois em um organismo já debilitado ou condemnado a se tornál-o em breve, que nós temos de proporcionar os

recursos necessarios para reparar os estragos resultantes da inundação peritoneal pelo conteúdo intestinal.

Devemos, sem hesitar, renunciar a intervir nos casos de adynamia, provindo da infecção typhica, causa do esgotamento muito pronunciado das forças, e nos outros decidirmo-nos tão rapidamente quanto possivel, para que a complicação local não tenha, em seu favor, o tempo de reflectir muito profundamente no estado geral.

Difficuldades em encontrar a perfuração. Ha cirúrgiões que temem não encontrar a perfuração, e este receio senão é illusorio é ao menos muito exagerado.

Pequeno é o numero de casos em que não se encontrou a perfuração: em 4 destes casos, a cura foi obtida pela simples drenagem. (Dandridge, 1894, Murphy 1895, Deaver 1898 e Cushing 1898.

Não podemos affirmar si nestes casos se tratava de simples peritonite por propagação.

Em 4 outros casos (Bartleet 1886, Koerte 1892, Guesselewitsch e Wanach 1895 e Rickets 1895) só mencionaram uma vez o resultado da autopsia, e a perfuração foi assignalada (caso de Koerte).

Ed. Loison não encontrou a perfuração, durante a operação, em um caso, vindo a descobril-a 5 dias depois quando se praticava a autopsia.

Casos justificaveis da intervenção. Encarando-se os casos de peritonite consecutiva a perfuração do intestino delgado, diremos que a operação deverá ser praticada todas as vezes que o diagnostico de perfuração de um segmento do tubo digestivo for estabelecido, ainda que a inflammação peritoneal pareça ter tendencia a se limitar, e egualmente nas peritonites diffusas por propagação, porque é só durante a

intervenção, e ás vezes mesmo sómente na autopsia que poderemos dizer se ha ou não perfuração.

A peritonite é pois o factor principal, e poderemos dizer, o unico que necessita e justifica a operação.

Sabemos, pelas relações necropsicas, que podem apparecer, no curso da febre typhica, perfurações cuja obturação é feita, de algum modo preventivamente, pela propria natureza, por meio de adherencias do epiploon á superficie da placa doente, ou pelo aconchegamento do ponto inflammado ao peritoneo parietal, ou a um orgão intrapelviano.

Nestes casos os liquidos intestinaes não são derramados no peritoneo e a perfuração fica ignorada.

Sómente mais tarde, nestes doentes, uma brida epiploica ou a retracção do intestino podem embaraçar o curso das materias fecaes e necessitar um appello ao cirurgião.

Momento da intervenção. Sendo declarada a peritonite, a intervenção terá logar, e os mestres nos aconselham quanto mais cêdo melhor.

Já dissemos que é necessario deixar decorrer algumas horas emquanto cedem os symptomas resultantes do choque peritoneal primitivo, e que este tempo será empregado pelo medico em confirmar o diagnostico, levantar as forças do doente com injecções estimulantes, e pelo cirurgião, em preparar o instrumental para a operação.

Já vimos que as probabilidades de cura eram maiores quando se intervinha nas 24 primeiras horas, mas cremos que o estudo attencioso do estado geral do paciente tem mais importancia para decidir o cirurgião a intervir ou abster-se.

Alguns doentes já não serão mais operaveis na 18ª. hora; e em outros, chegado ao 2º. ou 3º. dia, a intervenção será ainda indicada; e Pearson cita um caso em que elle

operou 9 dias após os primeiros symptomas de perfuração e o doente curou-se.

N'um caso em que a perfuração datava de 18 horas submettido á apreciação de Ed. Loison pelo professor Ferrier, este deixou de intervir em vista do máo estado do paciente que veio a fallecer horas depois.

Terminadas estas ligeiras considerações entraremos no estudo descriptivo da technica operatoria.

Toda intervenção praticada n'uma perfuração intestinal deve ter por fim supprimir o orificio de communicação do intestino ou do peritoneo, ou ao menos, impedira passagem dos liquidos intestinaes para a cavidade peritoneal.

Diversos têm sido os processos empregados para este fim.

Citaremos sómente por memoria o processo proposto por Ilaicé, que consiste em fazer puncções aspiradoras no intestino, para evacuar seo conteúdo e evitar que elle se derrame no peritoneo.

Esta pratica é inefficaz e perigosa, como o fez observar Louis.

O doente de Ilaicé afinal succumbiu de peritonite generalisada.

A operação mais commumente empregada será a que passamos a descrever, e a bem do methodo dividiremos a intervenção nos seguintes tempos: anesthesia, laparotomia, obturação do orificio intestinal, toilette e drenagem do peritoneo e adaptação do penso.

Anesthesia. A anesthesia pode ser feita pela chloroformisação, etherisação e injecções lombares de cocaina.

Se tiverem receio de fazer applicação do chloroformio, julgando que o doente não possa supportal-o, neste caso é melhor a abstenção, porque, com maioria de razão, o doente não poderá supportar o choque operatorio.

Alguns cirurgiões têm applicado as injecções lombares de cocaina com excellentes resultados nos adultos, todavia este processo de anesthesia é contra-indicado quando se tratar de creanças, porque, estando ellas despertadas, poderão fazer movimentos desordenados que embaracem o cirurgião na pratica da intervenção, neste caso o chloroformio tem a sua indicação apropriada.

W. L. Rodman cita 2 casos de anesthesia local feita com o acido carbolico; nenhuma dôr tendo sido experimentada pelo doente, salvo quando as manobras attingiram o peritoneo parietal.

Laparotomia. Anesthesiado o paciente, pratica-se a laparotomia. Duas são as opiniões sobre a pratica da laparotomia nos casos de perfurações typhicas: a da escola Franceza e a da escola Americana.

Os cirurgiões da escola Franceza acreditam que se deva praticar a laparotomia mediana sub-umbelical, com uma incisão de 10 a 12 centimetros de extensão, porque, dizem elles, a cavidade peritoneal assim aberta dá logar a uma lavagem mais completa, até das regiões pelvianas; a drenagem pode ser feita com mais facilidade e a exploração da perfuração intestinal é feita com segurança e presteza.

Esta pratica é aconselhada para as peritonites generalisadas, ao passo que, quando a peritonite é enkystada, elles praticam a laparotomia lateral, do lado direito, no ponto em que a dôr é mais intensa, por ser o ponto predilecto de se perfurar o intestino.

Os cirurgiões da escola Americana preferem a laparotomia lateral direita, praticada ao lado do musculo recto do abdomen ou atravéz de suas fibras, quer a peritonite seja enkystada ou generalisada.

Elles apresentam, como argumento em favor desta pratica, as estatisticas dos resultados obtidos por este methodo.

E' assim que Richard H. Harte, colleccionando 332 casos de doentes que soffreram laparotomias, por perfurações typhicas, verificou os resultados seguintes:

Incisão mediana 96 casos com a mortalidade de 78,12 %.

Incisão lateral direita 123 casos com a mortalidade de 68,37 %; nos outros casos a incisão não foi mencionada.

Vê-se pelos resultados praticos, que a laparotomia lateral direita tem dado melhores resultados que a mediana, e portanto a mais aconselhavel para estes casos.

A unica objecção que se poderá fazer á laparotomia lateral, é que muitas vezes não se encontram as perfurações intestinaes, sendo preciso praticar uma incisão mediana quando as perfurações estão situadas ahi ou do lado esquerdo (que é raro), mas o mesmo pode acontecer com a laparotomia mediana, que necessita uma incisão do lado direito, quando a perfuração está situada na visinhança do cœcum, para evitar grandes tracções no intestino, e para facilitar a sutura.

Quanto a lavagem, e drenagem, estas podem ser feitas do mesmo modo, qualquer que seja o lado da incisão, embora com um pouco mais de difficuldades, que diminuirão proporcionalmente com a pratica do cirurgião e de seus auxiliares.

Exploração e obturação do orificio intestinal. Aberta a cavidade peritoneal e escoada uma parte do liquido sero-purulento que ella encerra, o cirurgião deve dirigir-se immediatamente para a terminação do intestino delgado.

Partindo do cœcum o cirurgião vae se afastando lentamente, examinando cuidadosamente a superficie do intestino, e, a medida que retira a sua porção superior, introduz

na cavidade peritoneal, a porção inferior, já explorada, evitando o mais possivel chocal-o.

E' ordinariamente nos primeiros 50 centimetros que se encontrará a perfuração.

Louis e Murchison disseram que nunca encontraram uma perfuração situada mais acima.

Entretanto convém lembrar que Bartleet encontrou a 88 centimetros do cœcum, Bristowe, a 1ᵐ, 44; Lebert e Morin, no jejunum; Murchison encontrou 4 perfurações no colon em 39 casos, Morin 14, em 64 casos; no nivel do appendice vermiforme, Murchison encontrou uma perfuração, Morin 11 (?) e Nacke 15 em 133 casos.

Todos os cirurgiões não estão de accordo sobre o meio a empregar no tratamento da perfuração intestinal nos typhicos.

Thompson, Lücke, Bland Sutton propuzeram suturar a perfuração nos bordos da incisão abdominal, de modo que abreviasse a operação. (Lücke).

Não cremos que este methodo seja perferivel á sutura, que tem dado os melhores resultados.

Quanto a resecção da ansa lesada, que tambem foi proposta e praticada, ella acha a sua indicação em certos casos que fallaremos mais adiante.

A sutura é considerada para nós o processo escolhido, e far-se-á com o catgut ou, de perferencia, com a seda fina.

Para assegurar a reunião dos bordos das perfurações, pode-se, como Lejars, Watson, Cayley, Bland Sutton e outros, avival-os previamente; esta precaução parece superflua porque, não obstante não se ter feito na maioria dos casos, a reunião se fez solida e rapidamente.

Dois e as vezes tres planos de sutura pelo processo de

Lembert, serão feitos de modo que bem assegure a occlusão da perfuração.

A retracção do intestino, que determinarão estes multiplos planos de sutura, será sempre muito pouco notada para embaraçar o curso das materias fecaes, como o certificam Monod e Vanverl.

Os tecidos sendo friaveis, será prudente não apertar muito os fios e, pela mesma razão, a sutura de pontos separados parece preferivel a sutura em *surjet* que, ainda que mais rapida, apresenta o inconveniente de exigir tracções repetidas sobre as tunicas intestinaes.

Se as perfurações são multiplas e approximadas, será muitas vezes preferivel reseccar uma porção do intestino ou suturar a ansa lesada aos bordos da incisão abdominal.

Se a perfuração assesta-se no nivel do appendice, convem se reseccar este orgão (obs. de Bontecou, Alexandroff).

Sendo descoberta uma perfuração, convirá se continuar as pesquizas ? Cremos que bastará examinar os 50 primeiros centimetros do intestino delgado e o appendice cœcal.

Sem duvida uma perfuração pode assim passar ignorada; mas, pode-se considerar como autorisado a não prolongar as pesquisas que retardam notavelmente, e aggravam a intervenção.

Muito raramente, afinal, como vimos mais acima, a perfuração occupa um outro ponto além da terminação do intestino delgado.

Será prudente assegurar que não ha, nesta região, alguma ulceração profunda da mucosa intestinal no nivel da qual a parede muito adelgaçada possa dar lugar ulteriormente a uma ruptura.

Se assim for, estabelecer-se-á neste ponto uma sutura preventiva, como fez Morton.

Toilette e drenagem do peritoneo e adaptação do penso — Para se retirar completamente os liquidos septicos que encerra a cavidade peritoneal, a maioria dos cirurgiões praticam uma lavagem quente, abundante, aseptica ou fracamente antiseptica, ora desde a abertura do ventre para facilitar a pesquisa da perfuração, ora depois da sutura do intestino.

Alguns cirurgiões preferem ás grandes lavagens, o toilette do peritoneo com o auxilio de esponjas ou compressas asepticas.

Julgamos que o primeiro methodo seja melhor, salvo nos casos de peritonite enkystada; elle traumatisa menos o intestino, assegura uma evacuação mais completa dos liquidos peritoneaes, e não pode ser accusado de espalhar os productos morbidos em toda a extensão do ventre, pois que a peritonite já é generalisada, e segundo a opinião de Hook, elle apresenta, além disto, a vantagem de attenuar o choque operatorio.

De todas estas lavagens, a que melhores resultados tem produzido é a solução salina ou soro artificial, notando-se que outras têm sido empregadas: soluções boricas salicyladas etc.

Pratica-se a lavagem, mergulhando-se o bico do irrigador na pequena bacia, nas fossas iliacas, nos flancos, para dentro e para fora dos colons, deixando-se escoar lentamente a solução.

Durante a lavagem, o auxiliar levanta os bordos da incisão abdominal e o cirurgião affasta ligeiramente as ansas delgadas com os dedos introduzidos na cavidade peritoneal.

evitando o menor choque, pois se está em presença de intestinos doentes.

Quando o liquido se torna claro suspende-se a irrigação, deixando na cavidade peritoneal a quantidade (quando se emprega o soro artificial) que não sae espontaneamente e que será, em parte, absorvido pelo doente com proveito

O melhor meio de se praticar a drenagem é combinando a de segurança com a de evacuação.

Se a ferida parietal só tem 8 a 10 centimetros, não convem suturar; se é maior da-se alguns pontos, com crinas de Florença, comprehendendo os differentes planos da parede.

Procura-se a ansa lesada, retira-se a compressa que a recobria, e se a mantem defronte do meio da incisão abdominal, o que será geralmente possivel.

A ponta de uma compressa de varias dobras de gaze, cujas folhas são separaveis, é collocada acima della para solar as ansas superiores; uma segunda compressa passa abaixo do segmento intestinal suturado, e mergulha no cul-de-sac de Douglas.

As extremidades livres destas duas compressas saem reciprocamente pelos angulos superior e inferior da incisão abdominal, e são dobradas uma para cima e outra para baixo.

Entre as duas apparece a ansa doente bem isolada pelo canal formado pelas duas compressas; applica-se, então, em seu contacto uma especie de rolha, constituida por uma terceira compressa, enrolando um grosso dreno de cautchouc.

Não admittimos o fechamento completo da incisão abdominal após o *toilette* do peritoneo, ainda que Wagner, Handfort,

Andersen e outros o tenham feito com resultados satisfatorios.

Da mesma maneira, não nos parece recommendavel a sutura da maior parte da ferida, só deixando um orificio permittindo a passagem de alguns drenos de caoutchouc, mergulhando na bacia e nas fossas iliacas.

Com o tampão-dreno que preconisamos, e o emprego de um penso de algodão bem adaptado por uma facha do corpo não ha receio algum de ver-se o intestino vir fazer hernia para fóra da ferida operatoria.

O tratamento consecutivo tem uma grande importancia.

Aquecer-se-á o doente e administrar-se-lhe-á differentes excitantes: champagne, alcool, injecções de ether, cafeina, strychnina, digitalina (Abbe) e principalmente injecções subcutaneas ou intravenosas de soro artificial em doses massiças; estas determinarão uma melhora sensivel nos doentes.

Apparelho instrumental. Não nos limitaremos a ter em mão o instrumental commum a toda operação: bisturis, tenta canulas, thesouras, pinças hemostaticas, etc.

Na pratica das suturas intestinaes, porem, deve o instrumental ser dividido em duas classes que são: os instrumentos rigorosamente indispensaveis e instrumentos simplesmente uteis.

Como instrumentos indispensaveis nós citaremos as agulhas, os fios e as pinças.

As agulhas muito grossas como as de Lamblin, devem ser regeitadas em absoluto.

A agulha de Reverdin, modelo ordinario, recta ou curva, nos presta muito serviço nos casos de urgencia; ella é de um diametro muito consideravel para ser utilisada em certas operações.

Mais commodidade offerece a de Reverdin Colin: com ella as suturas sero-serosas podem ser feitas com mais segurança e sem a perfuração da mucosa.

Com as instrucçõ s de Chaput, Collin construio uma agulha apropriada ás suturas intestinaes, reduzindo todas as preporções da agulha precedente.

Com estas modificações, diz Chaput, ella torna-se perfeita, podendo se executar suturas sero-serosas com facilidade, obtendo-se orificios diminutos e com econcm'a consideravel de tempo.

As agulhas pe Hagedorn com o porta agulhas de Pozzi, são commodas para se executar suturas no fundo de uma cavidade estreita e profunda, dispensaveis no nosso caso em que se praticam geralmente as suturas intestinaes fóra da cavidade peritoneal.

As agulhas de costureira são incommodas para se praticar suturas sero-serosas.

Em caso de urgencia nos utilisamos de tu do quanto estiver em nosso alcance, facultada a escolha, preferimos a melhor (a de Reverdin recurvada para a esquerda).

Os fios de prata e crinas de Florença são contra-indicados porque impedem o contacto das superficies, devido á sua saliencia rigida.

Dando-se a adherencia das seroses no fim do 4.º dia, por tanto antes que se tenha dado a reabsorpção do catgut, este é preferivel á seda fina, egualmente asepticos.

Chaput prefere a seda sómente por se obter em maior quantidade em um só frasco, o contrario do que se dá com o catgut.

As pinças ordinarias de disecção são regeitadas por contundirem muito os tecidos, sendo preferiveis as pinças erinas.

Como instrumentos uteis, mencionaremos os destinados a fixar o intestino, a obter a hemostase e a fazer a coprostase.

Fixa-se o intestino, suspendendo-o e apresentando á sutura os bordos da ferida, passando-se um laço na tunica muscular e confiando-o a um auxiliar.

Entre os instrumentos fixadores collocamos, nos do primeiro plano as pinças erinas munidas de cremalheira.

As pinças ordinarias não se prestam para a hemostase das tunicas intestinaes, por contundirem os intestinos tornando os tecidos inaptos á reunião.

Devem ser preferidas as pinças em T ou em coração, ambas munidas de cremalheira, aconselhadas por Chaput.

Como compressor do intestino, assignalamos o *clamp* de Rydygier e a pinça de Quenu.

Os compressores de Bishop e de Trèves são incommodos e de difficil esterilisação.

Além destes ha os compressores de Mathieu, de Chaput e de Jeanel.

Não havendo instrumentos especialisados, as pinças *clamps* munidas de tubos de caoutchouc, que lhe diminuem a pressão, podem servir.

Na realidade disse Jeanel, este revestimento difficulta a asepsia do instrumento, tornando-a pois mais duvidosa.

Estas pinças coprostaticas são utilisadas, dada a inexequibilidade dos meios supra apontados.

CONCLUSÕES

1.ª—Os resultados obtidos, pela intervenção cirurgica nas peritonites generalisadas consecutivas a uma febre typhica, não são muito animadores.

2.ª—Mas, como esta lesão abandonada ou tratada somente pelos meios medicos, é quasi fatalmente mortal (95 %), é permittido tentar uma intervenção, cujos resultados geraes (26,21 %) são superiores aos da espectação.

3.ª—Ter-se-á maiores probabilidades de cura, quando a intervenção se fizer em um periodo mais tardio da perfuração typhica, e principalmente durante a convalescença e no fim das recahidas, se está entretanto, autorisado a intervir, salvo havendo contraindicações formaes tiradas principalmente do estado geral, qualquer que seja o periodo da molestia na qual a perfuração se produz.

4.ª—A operação deverá ser feita o mais cedo possivel, condição de cura que pode ser preenchida, pois que o diagnostico immediato da perfuração é ordinariamente possivel.

5.ª—Os effeitos da operação, e mais particularmente os da sutura, são excellentes no ponto de vista da occlusão da perfuração, elles são infelizmente peiores, no ponto de vista da sobrevida do paciente.

6.ª—As causas destas fatalidades quasi constantes são multiplas: peritonite extremamente septica que continúa a evuluir, producção de novas perfurações, estado geral do doente.

7.ª—O estado geral do doente póde, em alguns casos, constituir uma contra indicação á intervenção.

Si com effeito o doente está em estado de enfraquecimento ou collapso tal, que pareça incapaz de supportar a operação, é preferivel a abstenção.

8.ª—A intervenção comportará ordinariamente uma laparotomia, a sutura simples da perfuração, uma grande lavagem e a drenagem do peritoneo.

A resecção e o anus contra a natureza serão reservados aos casos em que as lesões são mais complexas.

9.ª—Si se tratar de uma peritonite enkystada, cuja frequencia e gravidades são menores, basta ás vezes incisar no nivel da região doente para permittir a evacuação do fóco purulento.

Poder-se-á entretanto reconhecer e suturar a perfuração.

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso
de sciencias medico-cirurgicas

PROPOSIÇÕES

1.ª SECÇÃO

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

Intestino delgado é a porção de tubo digestivo comprehendida entre as valvulas pilorica e ileo-cœcal.

II

Divide-se em tres porções: duodeno jejuno e ileon.

III

Seu calibre medio é de cerca de vinte e cinco a trinta millimetros.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

O intestino delgado é muito movel e occupa raramente a região epigastrica.

II

Geralmente corresponde mais ás regiões umbelical ou hypogastrica que aos flancos ou às fossas iliacas.

III

A grande mobilidade do intestino delgado muito concorre para a sua perfuração entre os typhicos.

2.ª SECÇÃO

HISTOLOGIA

I

O intestino delgado é constituido por quatro camadas: a serosa fornecida pelo peritoneo; e as musculosa, celulosa e mucosa que lhe são proprias.

II

Na tunica musculosa ha duas variedades de fibras: longitudinaes e transversaes.

III

Existem no intestino delgado tres especies de glandulas: tubulosas ou de Lieberküne, em toda sua extensão; glandulas vesiculosas ou folliculos fechados que podem ser isolados ou agglomerados (placas de Peyer) e as glandulas de Brunner ou em cacho que só se encontram no duodeno humano.

BACTERIOLOGIA

I

O bacillus de Eberth tem a forma de um pequeno bastonete com as extremidade arredondadas (Gaffky).

II

Elle mede geralmente dois a tres millesimos de millimetro de comprimento, e é quasi tres vezes mais longo que largo.

III

E' um bacillus susceptivel de pleomorphismo conforme o meio de cultura, Widal e Ckantemesse.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

Na febre typhica uma das lesões mais importantes é a perfuração intestinal.

II

A perfuração se produz pela deslocação da eschara dos folliculos isolados ou das placas de Peyer necrosadas.

III

Estas perfurações têm geralmente por séde a ultima porção do ileon.

3.ª SECÇÃO

PHYSIOLOGIA

I

Os alimentos modificados pelos succos enterico e pancreatico percorrem o canal do intestino delgado sob a influencia dos movimentos peristalticos.

II

Estes movimentos, no estado normal são sempre lentos e fracos, e se elles se exageram as dores conhecidas sob o nome de colicas sobrevêm.

III

Os movimentos peristalticos estão sob a dependencia do systema nervoso, e é assim que a excitação do pneumogastrico os produz e a dos nervos splanchnicos os detem.

THERAPEUTICA

I

O opio é extrahido do succo espessado das capsulas do *papaverum somniferum album*, Papaveraceas.

II

Em pequenas doses o opio actua como constipante do tubo digestivo, no entanto vinte a trinta centigrammos produzem a diarrhéa.

III

E' empregado na febre typhica, para, immobilisando o intestino, impedir em parte que a perfuração se produza.

4.ª SECÇÃO

HIGIENE

I

A hygiene do intestino se faz por meio dos antisepticos intestinaes.

II

Nunca pode ser completa em absoluto.

III

Entre os typhicos a hygiene intestinal é um dos methodos de tratamento.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

A morte subita pode provir de uma lesão do apparelho digestivo.

II

Estas lesões nos typhicos são commumente encontradas no intestino delgado.

III

A causa, da morte, nestes casos, são geralmente as perfurações intestinaes.

5.ª SECÇÃO

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

As pequenas feridas do intestino por instrumento picante são relativamente innocentes, porque a mucosa faz hernia na ferida e se oppõe á passagem das materias intestinaes na cavidade peritoneal, Armando Després.

II

Foi fundado talvez neste principio que Haicé pretendeu curar as peritonites typhicas, fazendo puncções no intestino para retirar o seu conteúdo liquido, mas os resultados foram funestos.

III

Todavia pode-se praticar esta puncção nas hermias estranguladas irreductiveis por meio do trocart explorador.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

Enterorrhaphia é a operação que consiste em reunir as soluções de continuidade do intestino por meio de suturas.

II

A enterorrhaphia pode ser parcial ou total, conforme se pratica em uma parte ou na totalidade da circumsferencia do canal intestinal.

III

O processo de suturas mais empregado na enterorhaphia é o de Lembert.

CLINICA CIRURGICA (2.ª cadeira)

I

As perfurações intestinaes causadas pela febre typhica podem ser unicas ou multiplas.

II

Como quer que seja ellas produzem uma peritonite devido ao derramamento dos liquidos intestinaes na cavidade peritoneal.

III

Esta peritonite pode ser enkystada ou generalisada.

CLINICA CIRURGICA (1.ª cadeira)

I

Nos casos de uma unica perfuração typhica basta se praticar a enterorrhaphia parcial.

II

Geralmente se a pratica no eixo transverso para evitar a occlussão intestinal que muitas vezes se produz quando se pratica a sutura no eixo longitudinal.

III

Nas perfurações multiplas, muitas vezes se pratica a enterectomia, especialmente quando ha necrose do intestino para se poder praticar a enterorrhaphia—ou applicar o botão anastomotico de Murphy.

6.ª SECÇÃO

PATHOLOGIA MEDICA

I

A febre typhica é uma molestia infectuosa, caracterisada pela presença do bacillo de Eberth no organismo.

II

As vias mais geraes de penetração d'este bacillo são a gastrica e a aerea.

III

As formas clinicas mais accentuadas da febre typhica são a intestinal e pneumonica.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

A palpação e percursão abdominaes devem ser feitas a principio com brandura para evitar a dôr que por vezes é intensa.

II

Deve-se tambem aquecer as mãos para evitar a contração dos musculos da parede abdominal.

III

Mui difficilmente os doentes se sujeitam a estes meios de exploração quando a dor é muito intensa.

CLINICA MEDICA (2.ª cadeira)

I

A febre typhica, como todas as molestias infectuosas, apresenta-se sob o caracter epidemico ou endemico, observando-se no entanto casos esporadicos.

II

A propagação desta molestia nas grandes epidemias se faz por meio da agoa, contendo bacillo de Eberth, empregada no consumo geral.

III

Nestes casos a forma clinica mais observada é a intestinal.

CLINICA MEDICA (1.ª cadeira)

I

O prognostico de uma febre typhica nunca é benigno, ainda mesmo nas formas mais ligeiras, porque a molestia pode se terminar por uma perfuração intestinal e uma peritonite generalisada.

II

Quando a epidemia tem uma violencia media, o prognostico se faz com o auxilio de diversos signaes e symptomas.

III

E' entretanto preciso dizer-se que, entre todas as instrucções que póde fornecer o exame clinico, chimico, e bacteriologico, não ha um que por si só ou reunido aos outros permitta, desde o principio da molestia, fazer-se-a um prognostico decisivo.

7.ª SECÇÃO

MATERIA MEDICA PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

Enteroclyse é a operacção que consiste em introduzir substancias liquidas no intestino, por intermedio do recto, com um fim medicamentoso.

II

O peso de um clyster varia de 200 a 500 grammas para os adultos, e de 100 a 200 para as cranças, notando-se que o liquido injectado pode ter a temperatura superior egual ou inferior á do individuo em quem se emprega.

III

Os clysteres actuam como evacuantes, purgativos, ca.-mantes, excitantes, adstringentes, alimentares e antisepticos.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

As anguillulas intestinaes foram descobertas por Normand nas fezes dos doentes attingidos de diarrhéa da Cochinchina.

II

A anguillula stercoral, muito semelhante á anguillula terrestre, tem cerca de um milimetros de comprimento sobre quatro decimos millesimos de millimetros de largura.

III

Seo corpo é cylindrico, um pouco adelgaçado para deante, terminado para traz por uma cauda conica cuja ponta se arredonda sensivelmente.

CHIMICA MEDICA

I

O salol, salicylato de phenyla, ether phenyl salicylico é uma combinação de acido salicylico e phenol na proporção de 60 para 40

II

E' um pó branco, crystalino, de cheiro aromatico, de sabor ligeiramente amargo e aromatico quasi insipido; insoluvel n'agua e glycerina, soluvel em 10 partes de alcool, no ether, chloroformio, oleos fixos e essencias.

III

Sob a influencia dos alcalis causticos o salol se desdobra em salicylatos e phenatos.

8.ª SECÇÃO

OBSTETRICA

I

Niemeyer e Rokitanski acreditavam na raridade da febre typhica no curso da gravidez.

II

Cazeaux protestou contra esta affirmação, e sua opinião parece hoje commummente admittida.

III

A febre typhica durante a gravidez apresenta seos caracteres habituaes e sua gravidade não augmenta.

CLINICA OBSTETRICA E GYMNECOLOGICA

I

As infecções typhicas do utero foram referidas por Blumer Dobbin e Lartigau.

II

Richardson cita dois casos de aborto em mulheres attingidas de febre typhica em que elle isolou o bacillo typhico da placenta do figado rins e coração do feto.

III

Williams encoutrou o bacillo de Eberth no lochios de uma typhoidica soffrendo de septicemia puerperal.

9ª· SECÇÃO

CLINICA PEDRIATICA

I

A apparição da dothienenteria é rara antes da edade de 5 annos, todavia foi observada em creanças de 25 dias (Gerhardt), 4 mezes (Legry), 6 mezes (Parrot Murchison).

II

Ella é devida ao uso do leite misturado com agua impura (Ballard).

III

A transmissão tambem pode se dar da ama de leite á creança.

10ª SECÇÃO

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

O apparelho visual é raramente attingido pelo bacillo typhico, no entanto não é immune.

II

Panas encontrou o bacillo de Eberth, no estado de pureza em um phleugmão da orbita sobrevindo no curso de uma febre typhica grave..

III

Oglesby observou a nevrite dos nervo optico. Nothnagel a amaurose, no declinio da febre typhica.

11.ª SECÇÃO

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

As erupções cutaneas anteriores a dothienenteria, geralmente desapparecem durante o curso de molestia para reapparecerem na convalescença.

II

Hardy pensou que a sarna podia se curar sob a influencia da febre typhica.

III

O cancro duro se amollece durante a dothienenteria, e retoma toda sua consistencia logo que a cura se dá (Lailler).

12.ª SECÇÃO

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

A epilepsia foi assignalada na febre typhica por Pierret e Commengès.

II

Ella traduz a irritação da cellula motriz ora pela toxina, epilepsia toxica, ora por uma placa de meningite ou encephalite chronicas, vestigios de uma meningite anterior circumscripta.

III

A' febre typhica desperta as vezes manifestações hysricas.

Visto — Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, em 31 de Outubro de 1903.

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.